ITEM 141 : SOINS PALLIATIFS – DEMANDE DE SÉDATION – EUTHANASIE

SEDATION

= Recherche d'une **diminution de la vigilance**, jusqu'à la **perte de conscience**, dans le but de diminuer ou faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable malgré la mise en œuvre de moyens adaptés
- Mise en œuvre **sur demande du patient**, proportionnée (interactions persistantes), transitoire (brève)/intermittente (durée limitée) ou profonde (plus d'intéraction) et continue (jusqu'au décès), non-systématique en fin de vie
- **Cas de la sédation profonde et continue** : prise de décision suite à une **procédure collégiale pluridisciplinaire** :
  . **A la demande du patient** si celui-ci est capable de s'exprimer : si pronostic vital engagé à court terme et **souffrance réfractaire** ou demande **d'arrêt de TTT de suppléance** avec risque de souffrance majeure
  . Pour le patient **incapable de s'exprimer** : si décision collégiale de limitation/arrêt de TTT (refus d'obstination).

➝ Consultation des directives anticipées, de la personne de confiance ou des proches à défaut, si possible après avis d'un médecin en soins palliatifs, avec inscription dans le dossier des arguments et de la décision
➝ Sédation profonde et continue toujours associée à une **analgésie** et **l'arrêt de tous les TTT de maintien en vie (**dont l'hydratation artificielle).
- **Loi Claeys Leonetti** (2016) : toute personne a le droit de recevoir des TTT/soins visant à soulager la souffrance en phase avancée / terminale, **même s'ils peuvent avoir comme effet d'abréger la vie**
- **Prescription anticipée de sédation** : appliquée immédiatement par l'infirmière en cas de situation à risque vital immédiat, ou seulement après appel du médecin pour vérification dans les autres situations

Indication

- **Situation aiguë à risque vital immédiat**, facilement identifiable (hémorragie cataclysmique, détresse respiratoire asphyxique…), ou **arrêt de suppléance vitale** à risque d'inconfort majeur (VNI, assistance cardio-respiratoire, hémodialyse, nutrition entérale) ➝ perte de conscience provoquée **continue**
- **Symptôme physique réfractaire vécu comme insupportable** (douleur réfractaire, soins difficiles, épilepsie rebelle, angoisse réfractaire…) résistant à un TTT bien conduit (ou si celui-ci entraine des effets indésirables inacceptables / ont un délai d'action inacceptable), après concertation d'équipe
➝ Perte de conscience provoquée **transitoire**
- **Situation singulière et complexe** (détresse psychologique globale persistante…) : à discuter au cas par cas (sédation transitoire intermittente et réévaluation du projet de soins dans un second temps)

NB : PAS de sédation pour soulager les proches / les soignants

Répondre à une demande de sédation

- Analyse multidisciplinaire de la situation, délibération collective (recherche d'alternative)
- Préciser la demande (sédation intermittente / continue), croiser les informations, recourir à un psychologue / une équipe de soins palliatifs si besoin, vérifier les indications (phase avancée terminale, pronostic vital engagé à court terme)
- **Relation au patient** : entendre et préciser la demande, assumer une temporalité dans la réponse, informer, tracer la demande dans le dossier médical, calme/réassurance
- Anticipation de situations pouvant justifier d'une sédation, adaptation aux spécificités du lieu de soins, vérifier que l'équipe a des compétences en soins palliatifs, vérifier/tracer les objectifs de sédations

Modalités

Midazolam Hypnovel®

= En 1ère intention : action rapide, ½ vie courte (2-3h), effet sédatif d'intensité et de durée dose-dépendante, amnésie quasi-constante, possible à domicile, utilisable chez l'enfant/adulte/sujet âgé, risque de dépression respiratoire (antidote : Flumazenil)
- Utilisable chez l'enfant ou le sujet âgé, voie IV, SC, IM, sublinguale, nasale ou rectale

Voie IV	- Titration : **1 mg** toutes les 2-3 minutes jusqu'à objectif de sédation - Entretien : IVSE avec dose horaire = **50%** de la dose de titration - Chez le sujet âgé : titration par 0,5 mg toutes les 5-6 minutes
Voie SC	- Dose de charge 0,05 (âgé/fragile) – **0,1 mg/kg**, recherche voie IV - SI pas d'abord IV : **5 mg** toutes les 15-30min jusqu'à objectif - Entretien : dose horaire de 50% de la dose d'induction (+interdoses)

2nd intention : - Si inefficace : changer de classe pharmacologique, voire appel d'un anesthésiste

Suivi

- Degré de soulagement du patient
- **Score de Richmond** (observation, appel, toucher indolore) ; objectif **-4/-5** pour une sédation profonde

Score de Richmond

-5 : Non-éveillable	**0** : éveillé calme
-4 : Bouge à la stimulation tactile	**+1** : anxieux/craintif, mouvements orientés peu freq
-3 : Bouge à l'appel, yeux fermés	**+2** : mouvements fréquents sans but
-2 : Contact visuel <10s à l'appel	**+3** : très agité, agressif, tire/arrache les tuyaux
-1 : contact visuel >10s à l'appel	**+4** : combatif/violent, danger immédiat

<table>
<tr><td rowspan="2">Euthanasie</td><td colspan="2">- Euthanasie = action mettant fin à la vie du malade, délibérée, exécutée par un tiers à la demande du patient atteint d'une maladie grave, pour mettre fin à une situation jugée insupportable
➔ Acte illégal, caractérisé par son intentionnalité (volonté d'arrêter la vie) et sa causalité (décès certain et immédiat)
- Suicide médicalement assisté = prescription par un médecin d'une drogue mortelle à la demande du patient, qu'il s'auto-administre sans intervention d'un tiers, acte illégal
- Limitation ou Arrêt des Traitements Actifs (LATA) = décision médicale d'arrêt ou de non instauration de TTT de soutien / suppléance d'une défaillance d'organe (respirateur, dialyse…), de TTT curatifs vis-à-vis de la maladie (chimiothérapie…) ou de ses complications (antibiothérapie…) s'il en résulte une obstination déraisonnable
- Situation de mise en jeu du double effet = utilisation d'un TTT pour soulager le patient, qui risque d'abréger la vie du maladie (sédation terminale, opioïde chez l'insuffisant hépato-cellulaire…) : légale, intentionnalité claire, traçabilité</td></tr>
<tr><td>Répondre à une demande d'euthanasie</td><td>= Reflète un état de souffrance existentielle intense où la mort apparaît comme la meilleure issue
- Attitude d'acceptation/ouverture à la discussion : ne pas couper directement le dialogue par une opposition légale (« c'est interdit ») ou le renforcer par un positionnement en sa faveur
- Ecoute empathique, maintien de la relation de soins même si divergence, explorer les valeurs/peurs
- Approche pluridisciplinaire : comprendre la demande, analyse objective
- Explorer la temporalité du souhait de mort (ancienne, irruption au diagnostic, pendant l'évolution…)
- Différencier l'inconfort (« j'en ai marre de vivre »), le souhait de mort (« je voudrais mourir ») de la demande d'euthanasie (« je voudrais que vous mettiez fin à ma vie »), le refus de TTT (« laissez moi mourir »)
- Repérer les facteurs déclenchants (annonce, aggravation) / symptômes à l'origine de la demande : douleur, inconfort, souffrance globale, qualité de vie insuffisante, perte d'autonomie, perte d'espoir, peur de mourir, de perte de contrôle ou d'acharnement thérapeutique, atteinte de l'image corporelle, perte de dignité, position idéologique…
- Recherche de facteurs réversibles : douleur, anxiété/dépression, troubles cognitifs, isolement social, difficultés financières/matérielles/familiales/ de communication avec les soignants
- Repérer les facteurs protecteurs : estime de soi, soutien social, bien-être spirituel, qualité de vie
- Evaluer le degré d'ambivalence : coexistence d'un souhait de vivre et de mourir
- Proposer des réponses : amélioration du confort, soulagement de la douleur ou de symptômes, évaluation psychiatrique et TTT d'une dépression, élaboration d'un projet de soins pour la fin de vie (lieu de fin de vie, LATA, directives anticipées…), soutien psychologique, accompagnement</td></tr>
</table>